198

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Henri TOFFIN**

Né à Babœuf (Oise) le 10 juillet 1885
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Anomalies de la dilatation du Col utérin

## AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT A TERME

APRÈS RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE DES MEMBRANES

(Étude Statistique)

*Président :* M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M. LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TESSIER |
| Pathologie chirurgicale | X. |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | N. |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIÈRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR HERBET
(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
(Stage 1905-1906)

*Externat 1907-1908*

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY
Chirurgien des Hôpitaux
(Saint-Louis. Service provisoire des enfants)

*Externat 1908-1909*

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER
Chirurgien des Hôpitaux
(Saint-Louis)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET
Médecin des Hôpitaux
(Trousseau)

*Externat 1909-1910*

MONSIEUR LE DOCTEUR LION
Médecin des Hôpitaux
(Pitié)

*Externat 1910-1912*

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

Médecin des Hôpitaux

(Saint-Louis)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

(Clinique d'accouchements Baudelocque)

---

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

MESSIEURS LES DOCTEURS PAUTRIER
BELOT, FAGE, P. FERNET

MESSIEURS LES DOCTEURS BOULAY
LE MARC-HADOUR ET RICHOU

*Qui ont bien voulu m'admettre à leur clinique d'oto-rhino-laryngologie, et m'y assister de leurs conseils.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Anomalies de la dilatation du Col utérin

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT A TERME

APRÈS RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE DES MEMBRANES

## INTRODUCTION

Les anomalies de la dilatation du col utérin forment un trop gros chapitre pour être traitées dans leur ensemble. Aussi avons-nous limité notre étude aux dilatations devenues stationnaires après la rupture prématurée ou précoce des membranes.

C'est à l'instigation de notre maître, M. le professeur agrégé Couvelaire, que nous avons entrepris ce travail et c'est grâce aux documents réunis à la clinique Baudelocque et mis à notre disposition par notre maître, M. le professeur Pinard, que nous avons pu faire cette étude statistique. Qu'ils nous permettent de leur dire notre respectueuse et profonde gratitude.

Nous avons voulu mettre en évidence, par une statistique intégrale, l'évolution des cas où la dilatation cesse de progresser après la rupture intem-

pestive des membranes, les interventions auxquelles on a recouru, les risques courus par la mère et par l'enfant. Pour essayer de fixer ces faits, nous avons relevé les observations de dilatation stationnaire après rupture des membranes, consignées à la clinique Baudelocque pendant les dix dernières années.

Voici le plan que nous suivrons dans l'exposé de nos recherches :

I. — Dilatation stationnaire par « dystocie du travail proprement dite » (Prof. Pinard) ;

II. — Dilatation stationnaire avec bassin anormal ;

III. — Dilatation stationnaire avec utérus fibromateux.

CHAPITRE PREMIER

## DILATATION STATIONNAIRE

### DU COL UTÉRIN AU COURS DU TRAVAIL PAR « DYSTOCIE DU TRAVAIL PROPREMENT DITE »

Il est des cas où la dilatation du col utérin ne progresse pas:

Soit parce que le col est conturé de cicatrices (sténose cicatricielle);

Soit parce qu'il est le siège d'une lésion pathologique (chancre, syphilis, cancer, fibrome).

Il s'agissait là de lésions existant avant tout début de travail.

Il est d'autres cas, les plus nombreux, où le col était intact, normal, avant le début du travail. Ce n'est qu'au cours de celui-ci, après la rupture des membranes, que son état se modifie. Ce sont ces faits que nous rangeons sous la rubrique: Dilatation stationnaire par « dystocie du travail proprement dite ».

Plusieurs éventualités sont alors possibles.

I. — Dans certains cas, les contractions utérines qui étaient régulières au début du travail, sont ensuite devenues irrégulières, se sont espacées ou ont cessé complètement. Et la dilatation est devenue station-

naire pendant un temps plus ou moins long. Mais le col avait gardé toute sa souplesse, de sorte que, les contractions reprenant, il a pu arriver facilement, dsans échirures, à la dilatation complète.

II. — Dans d'autres cas, un fait nouveau apparaît après la cessation des contractions utérines au cours du travail : l'œdème sero-sanguin du col. Mais cet œdème est assez peu marqué. Il disparaît rapidement et fond pour ainsi dire à la reprise des contractions.

III. — Il n'en va pas toujours de même. Parfois, après rupture intempestive des membranes, la dilatation du col ne progresse plus, parce que ce col est devenu rigide, d'une consistance très spéciale au doigt qui l'explore, consistance que Tarnier comparaît à celle du cuir bouilli. C'est à cette rigidité particulière du col utérin que les anciens auteurs donnaient le nom de rigidité anatomique, cette rigidité étant pour eux primitive et dépendant d'un état anatomique particulier du col. « Les fibres du col, disent Cazeaux et Tarnier dans leur *Traité d'accouchements*, semblent avoir une résistance extraordinaire, que nulle altération ne peut expliquer. C'est une espèce de résistance passive en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse... Dans certaines circonstances, les fibres du col de l'utérus semblent avoir une résistance extraordinaire. »

Dans un mémoire publié en 1885, M. Doléris, le premier, combat cette opinion jusqu'alors admise. « Il n'y pas, dit cet auteur, un changement anatomique du col avec les progrès de l'âge, qui puisse rendre plus lent le travail. S'il y a une infiltration quelconque ou si le tissu du col se laisse envahir par du tissu étranger, la rigidité, si elle se montre, sera pathologique ou organique. Les cols décrits par les classiques sous la dénomination de rigidité anatomique seraient donc des cols malades, ou bien ce sont des cols transformés, pendant le cours du travail, par la marche lente de l'accouchement. »

Il était donc hors de doute que cette rigidité spéciale survenant au cours du travail pouvait frapper des cols ne présentant antérieurement aucune altération.

Quelle était donc cette modification secondaire du col? C'est M. Wallich qui a donné, le premier, l'interprétation anatomo-pathologique de ces faits. M. Doléris, depuis 1885, avait appelé l'attention sur la fréquence de l'inertie utérine, dans ces arrêts de la dilatation. Mais l'examen histologique de ces cols n'avait pas été pratiqué jusqu'au jour où M. Wallich put recueillir à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Porak, au cours d'un accouchement, une calotte de col rigide, arrachée pendant le travail. L'auteur put alors constater que ce col était rigide parce qu'il était infiltré de sang et de sérosité. « Cette infiltration était sanguine au niveau de l'orifice, séreuse sur les bords de la rupture. Sang ou sérum

ont dissocié les éléments musculaires et élastiques à un point tel que l'on comprend la perte de la souplesse et de la dilatabilité des tissus. Ce n'est plus une rigidité anatomique, congénitale, primitive, mais une rigidité acquise, pathologique, secondaire, par infiltration, pour lui donner un nom exact. »

L'utérus, comprimé entre la paroi osseuse et la tête fœtale, est l'objet d'une congestion mécanique passive, aboutissant à une infiltration sanguine et à un œdème. Les contractions utérines deviennent moins régulières, moins énergiques, s'espacent, s'arrêtent. Le col est pour ainsi dire figé dans cet état. La tête ne progresse plus. L'état du col n'a aucune raison pour changer, l'œdème pour disparaître, l'infiltration sanguine pour se résorber. Un tel col est inextensible sans déchirures, déchirures longitudinales, exceptionnellement circulaires.

Ce schéma posé par M. Wallich, synthétisant cette notion de la rigidité secondaire : troubles circulatoires d'origine mécanique, infiltration séro-sanguine, rigidité, correspond à une réalité anatomo-clinique indiscutable.

Mais peut-on dire qu'un col devenu rigide et irrémédiablement inextensible sans déchirures, n'est jamais qu'un col mécaniquement infiltré d'œdème séro-sanguin ?

Deux faits observés et étudiés à la maternité par M. Couvelaire ont permis à cet auteur d'envisager d'une façon différente la pathogénie de certaines de ces rigidités secondaires.

Lorsque la région du col qui borde l'orifice est le siège d'une infiltration séro-sanguine et d'une intense congestion vasculaire, les lésions ne sont pas toujours uniquement constituées par la dilatation des vaisseaux et par l'infiltration séro-sanguine du tissu conjonctif. A ces lésions peut être associée une infiltration leucocytaire, dont il faut tenir compte dans l'interprétation des faits. Cette réaction inflammatoire peut être intense, généralisée à tout le tissu conjonctivo-vasculaire du museau de tanche.

« Les termes d'œdème passif, d'infiltration séro-sanguine, dit M. Couvelaire, ne répondent pas complètement dans ces cas à la réalité des faits. Ceux d'inflammation aiguë, avec hypérémie et œdème séro-sanguin, résument exactement l'état histologique des tissus, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'un œdème inflammatoire ou d'une inflammation aiguë surajoutée à un œdème mécanique.

» Dans l'un des cols rigides étudiés histologiquement par M. Wallich, l'infiltration séro-sanguine n'existait pas. Le tissu, écrit Wallich, ne paraît être le siège ni d'altérations, ni de congestion, ni d'infiltration sanguine, ni d'œdème.

» De même, dans l'un des cols que j'ai examinés, les dilatations vasculaires, l'œdème, étaient extrêmement discrets et limités aux parties du col immédiatement sous-jacentes à la muqueuse.

» Par contre, l'infiltration leucocytaire était vraiment colossale. Le tissu conjonctif du col était parsemé d'énormes amas de polynucléaires. »

L'œdème séro-sanguin n'est donc pas constant dans les cols devenus rigides et donnant à l'exploration la sensation du « cuir imbibé de graisse ». Cette transformation du col peut être déterminée par une inflammation aiguë, l'infiltration séro-sanguine étant nulle ou insignifiante.

« Ces faits, conclut M. Couvelaire, permettent, semble-t-il, de faire jouer à l'inflammation du col un rôle de premier plan dans la production de la rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin. Que, suivant les conditions mécaniques du travail, le col en voie de dilatation se soit ou non passivement œdématié, peu importe. L'inflammation aiguë du col, pendant le travail, peut, à elle seule, déterminer la tuméfaction, l'induration et l'inextensibilité des bords de l'orifice ».

Cette notion des rigidités secondaires d'origine inflammatoire du col n'est pas en désaccord avec les conditions cliniques dans les quelles apparaît l'induration persistante des bords de l'orifice : travail irrégulier et lent, rupture prématurée ou précoce des membranes, explorations multipliées, parfois état fébrile en rapport avec une infection des voies génitales.

« L'infection des voies génitales, écrit M. Couvelaire, est probablement la cause de ces états inflammatoires. Je ne puis apporter la démonstration bactériologique de l'origine microbienne de ces inflammations. La recherche des germes sur coupe dans le col a été négative.

» De ce résultat négatif, on ne peut évidemment tirer aucune conclusion. Je n'en suis pas moins très porté à admettre l'origine infectieuse de ces rigidités secondaires d'origine inflammatoire, appararaissant au cours du travail de l'accouchement. »

Récemment, M. Sauvage, ayant eu l'occasion d'examiner un utérus dont le col s'était infiltré d'une façon typique pendant le travail et qui fut enlevé par M. Potocki, à la maternité de la Pitié, démontra l'extension des lésions cervicales au segment inférieur de l'utérus. Ces lésions sont très comparables à celles qui existent sur le col. Ainsi se trouve constituée une infiltration cervico-segmentaire.

La congestion vasculaire, l'œdème et les hémorragies du segment inférieur seraient la conséquence de troubles de la circulation segmentaire par compression de la paroi utérine entre la présentation fœtale et le bassin.

Dans cette hypothèse, l'infiltration de la partie basse de l'utérus serait réglée par certaines conditions mécaniques. Le coincement de la paroi utérine entre le bassin et la tête engagée déterminerait une infiltration limitée des bords de l'orifice utérin. Une compression haute, entre la tête non engagée et le détroit supérieur, entraînerait une infiltration étendue à tout le canal cervico-segmentaire.

Quoiqu'il en soit, ainsi transformé, le segment inférieur est tout préparé pour une rupture. Que les contractions du corps utérin relativement indemne ou qu'une intervention injustifiée par les voies natu-

relles engagent la présentation, et le canal segmentaire éclate.

Là ne se borne pas le danger. L'infiltration leucocytaire massive transforme le segment inférieur en une sorte de membrane pyogène. L'infection puerpérale est particulièrement à redouter.

*En résumé*, les cols devenus rigides par infiltration au cours du travail présentent deux types de lésions.

Les uns sont le siège d'une infiltration séro-sanguine passive, d'origine mécanique, mise en lumière par M. Wallich.

Les autres présentent, outre ces lésions mécaniques, une infiltration leucocytaire énorme, sur laquelle M. Couvelaire a le premier insisté. Ces œdèmes histologiquement méritent le nom d'œdèmes inflammatoires et ce sont probablement des œdèmes infectieux.

* * *

Quelles sont les conditions dans lesquelles est survenu cet arrêt de la dilatation, après rupture prématurée ou précoce des membranes ?

Si l'on prête attention aux tableaux ci-joints, on verra que, dans la majorité des cas, il s'agit de primipares, entre vingt-cinq et trente-cinq ans.

Si l'on écarte les arrêts de la dilatation reliés à une sténose cicatricielle (9 observations), on verra qu'il s'agit le plus souvent de présentations du sommet, puisque sur 109 observations, on ne compte que :

Onze présentations du siège.

Trois présentations de l'épaule.

* * *

A quelles causes peut-on rattacher ces arrêts de la dilatation ? Doit-on invoquer l'inertie utérine ?

Depuis longtemps, M. le professeur Pinard enseigne que le mot inertie utérine n'a aucune signification et ne sert qu'à masquer notre ignorance de la cause de cette impotence passagère de l'utérus. Un utérus ne devient inerte que quand il s'est épuisé en luttant contre un obstacle à sa dilatation et c'est cet obstacle qu'on doit rechercher.

M. Wallich, dans ses recherches sur les causes de la dilatation stationnaire, a tout spécialement insisté sur le défaut d'engagement de la tête dans ces cas.

« Chez plusieurs de nos femmes à dilatation stationnaire, écrit-il, le diagnostic porté était gauche antérieure ou droite postérieure. C'est-à-dire que l'on estimait que, chez elles, la tête était engagée.

Or, mis en défiance par la longueur du travail, j'ai, dans tous les cas, voulu préciser la question de l'engagement et, dans tous les cas, j'ai pu placer trois doigts de champ entre la tête et le plan coccy-sacré, même alors que la bosse séro-sanguine semblait faire bomber le périnée pendant les contractions et qu'on apercevait le cuir chevelu à travers les lèvres de la vulve.

» Dans ces différentes observations, la dilatation a traîné aussi longtemps que l'engagement ne s'est pas effectué.

» Le défaut d'engagement constaté, on peut se

demander quelle est sa cause. Très souvent, l'engagement a été rendu difficile par suite de disproportion de la tête et de l'entrée du bassin. Nous avons pu relever plusieurs fois un diamètre bi-pariétal au-dessus de 9 centimètres, même sans que l'enfant soit volumineux. »

Nous avons fait les mêmes constatations et l'on verra très souvent mentionné dans les tableaux ci-joints : tête mobile, tête mal fléchie, tête non engagée.

Il s'agit en général de têtes qui ne s'engagent pas et qui ne progressent pas, parce qu'elles sont mal fléchies ; souvent poussées vers l'une des fosses iliaques, par les contractions mal dirigées d'un utérus incliné ; parfois gênées dans leur flexion ou dans leur progression par un placenta inséré bas.

L'infiltration séro-sanguine du col, après rupture prématurée ou précoce des membranes, peut survenir à toutes les étapes du travail, et cette notion de l'état de la dilatation, au moment où celle-ci devient stationnaire, est très importante au point de vue de l'évolution et de la conduite à tenir.

Nous désignerons :

Sous la rubrique : Dilatation stationnaire tardive, les cas où la dilatation a cessé de progresser, après être arrivée aux dimensions d'une petite paume ou d'une grande paume de main.

Sous la rubrique : Dilatation stationnaire précoce, les cas où la dilatation a cessé de progresser, alors qu'elle était peu avancée, égale à 1 franc, 2 francs, 5 francs au plus.

## I

## DILATATION DEVENUE TARDIVEMENT STATIONNAIRE

Ces cas, dans notre statistique, sont de beaucoup les moins nombreux, puisque, sur 109 observations, on ne compte que 31 cas où la dilatation se soit arrêtée aux dimensions d'une petite paume ou d'une grande paume de main, soit 28 o/o.

I. — Dans quelques cas l'arrêt de la dilatation est survenu, alors que celle-ci était presque complète, et cet arrêt était dû à un œdème plus ou moins marqué de la lèvre antérieure du col. Le plus souvent, il suffira alors (comme dans l'observation 1832 de l'année 1903) de refouler cette lèvre au-dessus de la tête fœtale, au moment où, les contractions utérines étant réapparues, la femme commence à avoir envie de pousser. Ordinairement cette petite manœuvre réussit, mais souvent après plusieurs essais seulement. Il faut donc, en cas d'échec, la répéter patiemment plusieurs fois, s'il est nécessaire, et on arrivera ainsi presque toujours à remonter le col, en le massant du bout des doigts et en le

repoussant au-dessus de la tête fœtale. Parfois, dans ce cas, l'expulsion traînera un peu et l'on sera obligé de finir par une application de forceps, facile d'ailleurs, puisque la tête sera à ce moment dans le vagin.

II. — Plus souvent, la dilatation a progressé normalement ou à peu près et est arrivée aux dimensions d'une petite paume, d'une grande paume de main. A partir de ce moment, les contractions utérines, jusqu'alors régulières et efficaces, se sont espacées, parfois même ont cessé à peu près complètement. Le travail n'a plus progressé, la dilatation est restée stationnaire et l'on a constaté par le toucher la formation d'un œdème plus ou moins considérable, occupant tout le pourtour de l'orifice.

Comment se sont terminés les accouchements de cette nature dont nous avons relevé les observations ?

Sur 30 accouchements :

Quinze se sont terminés spontanément, soit 50 o/o ;

Quinze ont été terminés artificiellement, soit 50 o/o.

Quelle a été la mortalité totale ?

Trois enfants sur 30 sont morts, soit 9,9 o/o.

Deux enfants sont morts, l'accouchement s'étant terminé spontanément.

Un enfant est mort, après accouchement artificiel.

Une mère sur 30 est morte, soit 3,3 o/o.

Cette femme est morte après accouchement artificiel (Basiotripsie).

Quelles sont les interventions qui ont été pratiquées ?

Il a été fait 13 forceps, 1 basiotripsie, 1 opération de Porro.

Quelle a été la mortalité dans chacune de ces interventions ?

Dans les applications de forceps :

La mortalité maternelle et la mortalité fœtale ont été nulles.

Par la basiotripsie :

On a extrait 1 enfant mort présentant de la putréfaction fœtale.

La mère est morte quatre jours après, à la suite de phénomènes d'infection.

Par 1 opération de Porro.

On a extrait 1 enfant vivant.

Sortie vivante de la clinique.

On voit donc que dans beaucoup de cas, l'administration de sels de quinine, des injections intra-cervicales à 50 degrés, un bain chaud prolongé, suffiront pour réveiller les contractions utérines et la dilatation se complètera ensuite rapidement.

Si la tête ne progresse pas, s'il y a indication, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, on sera dans de bonnes conditions pour faire une application de forceps.

Dans d'autres cas, malgré les divers traitements,

les contractions ne reprennent pas, le travail traîne, la dilatation reste stationnaire pendant dix heures, douze heures, vingt-quatre heures, parfois même davantage. A peine la femme éprouve-t-elle quelques petites douleurs éloignées, restant inefficaces sur l'état de la dilatation.

C'est dans ces cas que l'accoucheur doit savoir s'armer de patience. Car il verra souvent, après une longue attente, à la suite d'une injection, à la sortie d'un bain, alors qu'il allait perdre espoir, les contractions réapparaître et la dilatation se compléter rapidement, parfois même sous son doigt qui explore l'orifice, et l'accouchement se terminera spontanément.

Mais pendant toute cette période d'attente, il aura dû surveiller attentivement et fréquemment les caractères des battements du cœur fœtal et l'état de la mère. Que les bruits du cœur fœtal viennent à se modifier, dans leur rythme ou dans leur force, ou que la femme, épuisée par cette longue période de travail, vienne à présenter de la fièvre, que son pouls se modifie : ce n'est plus alors l'heure des injections, ni des bains. La dilatation est d'une grande paume, le col œdématié, rigide. Il faut intervenir. La dilatation manuelle permettra de compléter les dimensions de l'orifice utérin et de pratiquer l'extraction artificielle du fœtus. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aura à recourir à l'accouchement chirurgical.

Dans le cas suivi à la clinique Baudelocque et

que nous rapportons, M. Pinard a préféré recourir à la voie haute.

Il s'agissait d'une grande multipare avec col déchiré lors des accouchements antérieurs et enfant très volumineux (4.530 gr.). La crainte de la rupture utérine a été le mobile de l'intervention chirurgicale.

# DILATATION STATIONNAIRE PAR DYSTOCIE DU TRAVAIL

## DILATATION STATIONNAIRE TARDIVE

| Année | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1901 | 1095 | Petite paume Pendant 36 h. | Bains Injections 50° | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt et un ans, O. I. G. A. Rupture précoce des membranes Inertie utérine. |
| 1902 | 792 | Petite paume Pendant 24 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-deux ans, O. I. G. A. Rupture précoce des membranes Grossesse gémellaire. Contractions rares. |
| — | 1742 | Petite paume | Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | XI-pare, quarante-deux ans, D. T. Rupture précoce des membranes Œdème col avec bandes cicatricielles. |
| 1903 | 587 | Grande paume Pendant 10 h. | Bain | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-trois ans, O. I. G. T. Rupture précoce des membranes Tête non engagée. |
| — | 1766 | Petite paume Pendant 15 h. | Injections Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans, O. I. G. A. Rupture prématurée des membranes. Contractions très rares. Bosse séro-sanguine. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 1770 | Petite paume<br>Pendant 24 h. | Injections<br>Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans O. I. G. A.<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Contractions très rares. |
| 1904 | 899 | Grande paume | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-huit ans. O.I.D.P.<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 1230 | Pendant 13 h. | » | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt et un ans, O. I. G. A.<br>Rupture précoce des membranes<br>Contractions rares. |
| — | 1653 | Pendant 26 h. | Bain<br>Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-huit ans.<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Œdème de l'orifice. |
| 1905 | 383 | Petite paume | Bain | Spont. | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-huit ans.<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 1289 | Petite paume<br>10 h. | Injections<br>Bain | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème col. |
| — | 1829 | Paume | Injections | » | Porro | Vivant | Vivante | XII-pare, vingt-neuf ans, G. T.<br>Rupture précoce des membranes<br>Excès de volume de tête fœtale.<br>Fœtus : 4.530 gr. |
| 1906 | 56 | Petite paume<br>12 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt ans, O. I. D. P.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème orifice. |
| — | 825 | Paume: 6 h. | Injections<br>Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-cinq ans.<br>Rupture précoce des membranes |

| Année | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1906 | 1015 | Paume : 6 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-trois ans, O.I.G.A. Rupture précoce des membranes |
| 1907 | 937 | Petite paume : 3 h. | Injections Bain | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-neuf ans. Rupture prématurée des membranes. |
| — | 1474 | Paume : 12 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans. O.I.D.P. Rupture précoce des membranes |
| 1908 | 754 | Gr. paume : 12 h. | Injections Bain | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans, G. T. Rupture précoce des membranes |
| — | 880 | Gr. paume : 24 h. | Injections Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans, D. T. Rupture précoce des membranes |
| — | 1762 | Gr. paume : 8 h. | Injections | Spont. | » | Mort | Vivante | VII-pare, quarante ans. Rupture précoce des membranes |
| — | 1953 | Petite paume | » | » | Basiotripsie | Mort | Morte | I-pare, vingt-cinq ans. Rupture prématurée des membranes. |
| 1909 | 1056 | Pet. paume : 13 h. Gr. paume : 4 h. | Injections Bains | Spont. | » | Mort | Vivante | III-pare, vingt-quatre ans. G.T. Rupture précoce des membranes |
| — | 1347 | Pet. paume : 20 h. | Injections Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt ans, O. I. G. A. Rupture précoce des membranes |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 1500 | Pet. paume : 12 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente et un ans, D. T.<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 2039 | Pet. paume : 24 h. | Injections<br>Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt et un ans.<br>Rupture précoce des membranes |
| 1911 | 179 | Pet. paume : 15 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-trois ans.<br>Rupture prématurée des membranes. |
| — | 630 | Pet. paume : 19 h. | Injections<br>Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, trente-quatre ans.<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 839 | Pet. paume : 8 h. | Injections<br>Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | III-pare, trente-sept ans.<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 882 | Gr. paume : 4 h. | Injections<br>Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-trois ans.<br>Rupture précoce des membranes |
| 1910 | 1688 | Pet. paume : 17 h,<br>Gr. paume : 16 h. | Quinine<br>Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-trois ans, G. T.<br>Rupture précoce des membranes |

## II

## DILATATION DEVENUE PRÉCOCEMENT STATIONNAIRE

Beaucoup plus nombreux (72 o/o dans notre statistique) sont les cas où l'arrêt de la dilatation survient précocement, la poche des eaux s'étant rompue prématurément ou peu après l'apparition des premières contractions utérines douloureuses.

La dilatation du col étant parvenue aux dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, de 1 franc, de 2 francs, après la rupture intempestive de la poche des eaux, les contractions deviennent irrégulières, s'espacent, s'arrêtent ou à peu près.

Le col utérin s'infiltre progressivement d'œdème, durcit, devient rigide.

Quelle va être, dans ces conditions, l'évolution de l'accouchement, si l'on n'intervient pas ?

Plusieurs éventualités sont possibles.

I. — La femme va rester sans ressentir aucune douleur pendant douze heures, vingt-quatre heures, et subitement, sous une influence quelconque, injection, bain, les douleurs reprennent, violentes. Sous leur pression, le pôle fœtal descend, l'œdème semble fondre et la dilatation se termine rapidement.

II. — Dans d'autres cas, le travail n'avance que très péniblement et la dilatation ne progresse que très lentement avec des arrêts interminables. Elle arrive ainsi aux dimensions d'une paume de main et s'arrête définitivement. On est alors ramené aux cas précédents.

III. — Exceptionnellement, l'infiltration du col est telle que celui-ci arrive à donner au doigt qui l'explore, la sensation d'un anneau de cuir bouilli, d'un véritable pessaire au fond du vagin.

Ce col, arrivé à cet état de rigidité par œdème inflammatoire, ne peut se dilater qu'en se déchirant si les contractions reprennent.

Au-dessous de l'insertion vaginale, le plus souvent, va se produire une déchirure transversale.

Parfois la déchirure va s'étendre à tout le pourtour du col, réalisant une véritable amputation spontanée intéressant le col sur une plus ou moins grande hauteur. Alors, les coutractions utérines continuant, l'orifice se trouvant agrandi par cette amputation, l'accouchement se termine spontanément.

Ordinairement, il ne se produit pas, en pareil cas, d'hémorragies, le museau de tanche étant peu vascularisé. La cicatrisation se fait plus ou moins lentement, et, dans la majorité des cas, l'orifice reste dilatable pour un accouchement ultérieur.

Dans les dix années d'observations que nous avons relevées à la clinique Baudelocque, nous n'avons pas trouvé de cas dans lesquels se soient produites

de déchirures transversales du col, ou d'expulsion de calotte cervicale complète.

Comment l'accouchement s'est-il terminé dans les observations que nous rapportons ?

Sur 78 cas :

Dans 30 cas (38 o/o), l'accouchement s'est terminé spontanément.

Dans 48 cas (62 o/o), l'accouchement a été terminé artificiellement.

Quelle a été la mortalité totale?

Trente-trois enfants sont morts sur 78 : 42 o/o.

Une mère est morte sur 78 : 1,2 o/o.

Les 48 interventions pratiquées se répartissent ainsi :

| | |
|---|---|
| Forceps | 20 |
| Extractions | 7 |
| Version | 1 |
| Basiotripsies | 13 |
| Opérations de Porro | 6 |
| Hystérectomie abdominale pour rupture utérine | 1 |

Quelle a été la mortalité dans les accouchements spontanés ?

Mortalité fœtale : 7, soit 23 o/o.

Mortalité maternelle : nulle.

Quelle a été la mortalité dans les accouchements artificiels ?

Vingt applications de forceps :

Quatre enfants sont morts, soit 20 o/o.

La mortalité maternelle a été nulle.

Treize basiotripsies :

Ces treize enfants ont été extraits morts.

La mortalité maternelle a été nulle.

Une version :

L'enfant est mort.

La mère est vivante.

Sept extractions du siège :

Quatre enfants sont extraits morts, soit 33 o/o.

La mortalité maternelle a été nulle.

Lorsqu'apparaît au cours du travail cet œdème précoce du col, on doit donc s'attendre, que l'accouchement se termine spontanément ou artificiellement, à une très grosse mortalité fœtale, 42 o/o dans notre statistique.

La mère a toutes chances d'en sortir vivante, bien que sur elle pèse, dans certains cas, une grave menace : la rupture utérine.

Peut-on améliorer les résultats en intervenant sur ces cols œdématiés, faisant traîner le travail en longueur ?

Est-ce qu'avec une dilatation de 2 francs, de 5 francs, les incisions sont bonnes ?

Il ne saurait plus s'agir de petites incisions latérales. Elles seraient insuffisantes pour permettre le passage du fœtus.

Il faudrait pratiquer des incisions profondes, préconisées par Dührssen, étudiées par MM. Potocki, Varnier, Jeannin et Garipuy. Elles seront latérales et ne dépasseront pas le cul-de-sac vaginal.

Mais bien souvent elles seront insuffisantes pour le passage d'un gros enfant.

Nous avons relevé une seule observation de la clinique Baudelocque, où l'on ait pratiqué des incisions du col pour dilatation de 5 francs, stationnaire depuis quarante-quatre heures (obs., 1902, n° 449). Il s'agissait d'une femme syphilitique, présentant des plaques muqueuses hypertrophiques des grandes et des petites lèvres. Les tissus du col et du vagin étaient d'une consistance lardacée. En outre des incisions sur le col, on a dû pratiquer deux incisions obliques sur les parties latérales de la vulve.

On a pu extraire ainsi, péniblement, par une application de forceps, un enfant du poids de 2.250 grammes qui est mort après quelques inspirations.

C'est parce que les incisions sont le plus souvent insuffisantes, que l'on a préconisé dans ces dernières années, sous l'influence de Dührssen, un mode d'hystérotomie par voie vaginale, donnant une ouverture plus large. C'est la césarienne vaginale, avec décollement de la vessie et double incision médiane, courte en arrière, longue en avant.

La section césarienne vaginale ne donne de bons résultats que si le fœtus est peu volumineux. De là, son indication posée par ses partisans dans l'éclampsie, alors qu'il s'agit le plus souvent d'accouchement prématuré, que l'état de la mère fait craindre une mort rapide et peut être amélioré par l'évacuation immédiate de l'utérus.

Mais dès qu'il s'agit d'enfants atteignant le poids de 7 à 8 livres, ce procédé opératoire devient des plus dangereux. Il faut demander aux lèvres de cette section une ouverture très grande pour livrer passage au fœtus et l'on peut alors provoquer une rupture utérine, des hémorragies importantes, des déchirures mêmes de la vessie. La section vaginale devient donc une opération dangereuse, dès que l'enfant est un peu volumineux. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée par M. le professeur Bar et par MM. Jeannin et Garipuy.

Elle perd donc tout intérêt dans les cas qui nous occupent. Car, dans la grande majorité de ces cas, il s'agit de beaux enfants, bien développés, et dont le passage à travers cette brêche insuffisante pourra causer des désastres.

De plus, si l'issue immédiate était favorable, il resterait des risques pour l'avenir. Car cette longue brêche ne saurait être réparée que par du tissu cicatriciel, qui, au cours d'accouchements ultérieurs, va exposer aux plus graves ennuis. Et ainsi s'ouvre avec la section césarienne vaginale un nouveau chapitre, celui des ruptures utérines au cours des accouchements suivants.

Bien que constituant un progrès, puisqu'elle substitue aux procédés de pure violence de la dilatation forcée, une méthode opératoire bien réglée, la section césarienne vaginale de Dührssen reste donc un procédé dangereux et doit être écartée.

Est-ce à dire que l'on doive, dans ces cas d'œdème

précoce du col, alors que la dilatation reste stationnaire, écarter systématiquement toute idée d'intervention chirurgicale ?

I. — Le plus souvent l'apparition d'œdème persistant du col au cours du travail, chez une primipare, le bassin étant normal, l'utérus non fibromateux, n'amène pas d'ennuis très graves et si le travail traîne sans que la mère ni l'enfant en souffrent, on doit savoir attendre, en s'aidant des moyens thérapeutiques ordinaires, mais en se gardant bien de tenter le réveil des contractions utérines par l'administration d'ergot de seigle, justement combattu par M. le professeur Pinard.

L'expectation peut être prolongée chez ces primipares dont la paroi utérine est solide et le col intact.

A vrai dire, l'enfant court le risque de succomber avant la fin de la dilatation. Mais il est peut-être plus sage d'avoir à regretter la mort de l'enfant, que d'imposer systématiquement une mutilation à une femme dont les accouchements ultérieurs seront vraisemblablement plus heureux.

II. — Il n'en va plus de même chez les multipares.

Il en est qui ont gardé un col à peu près intact, sans tissu cicatriciel, et, dans ces cas, il n'y a pas lieu de s'affoler. Il faut encore savoir attendre.

Mais si le col a gardé l'empreinte d'accouchements

antérieurs plus ou moins pénibles, d'applications de forceps faites dans des conditions plus ou moins favorables, d'une présentation anormale (siège) ayant laissé des déchirures qui ont été réparées par du tissu cicatriciel, la conduite à tenir est différente.

Chez ces femmes, si le travail traîne en longueur, si l'œdème apparait précocement, infiltrant le col irrégulièrement en laissant des bandes cicatricielles ; s'il a tendance à envahir le segment inférieur, le palper de la région sus-pubienne faisant percevoir l'œdème profond sur lequel M. le professeur Pinard appelle depuis longtemps l'attention ; si l'utérus est paresseux, impotent, les contractions utérines, espacées ou nulles ; la dilatation restant indéfiniment stationnaire après rupture intempestive des membranes ; alors, il faut être plein de méfiance. On a en pareil cas avantage à pratiquer sans trop tarder l'accouchement chirurgical.

Mais de même que l'on doit se méfier d'une abstention trop prolongée, de même doit-on se garder de faire quoique ce soit, en pareil cas, par les voies naturelles.

C'est à l'accouchement par la voie haute qu'il est rationnel de recourir et c'est ordinairement à l'opération de Porro que l'on aura recours, puisque la rupture prématurée ou précoce des membranes, écarte le plus souvent la possibilité d'une opération césarienne conservatrice.

Il faudra la pratiquer sans hésiter trop longtemps

car chez ces multipares au travail pénible, s'éternisant, il est un accident auquel on doit toujours songer et qu'il faut redouter par-dessus tout : la rupture utérine.

# DILATATION STATIONNAIRE PAR DYSTOCIE DU TRAVAIL

## DILATATION STATIONNAIRE PRÉCOCE

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | Accouchement | | Résultats | | Observations |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1901 | 182 | 0 fr. 50 pendant 14 heures | Quinine Injections 50° | Spont. | » | Mort | Vivante | IX-pare, quarante ans, O. I. D. P. Rupture précoce des membranes Brides cicatricielles de l'orifice du col. |
| — | 320 | 2 fr. pend. 25 h. 5 fr. pend. 7 h. | Injections 50° Bains chauds | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans, D. T. Rupture précoce des membranes Tête mal fléchie. Contractions rares. Œdème orifice. Bosse séro-sanguine. |
| — | 467 | 2 fr. pend. 15 h. | Injections 50° | Spont. | » | Vivant | Vivante | V-pare, trente-trois ans, D. T. Rupture précoce des membranes Tête mobile. Contractions espacées. |
| — | 980 | 0,50 pendant 8 h. 2 fr. pend. 13 h. | Bain chaud | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, quarante et un ans, G. T. Rupture précoce des membranes Œdème. orifice. Bosse séro-sanguine. |
| — | 1766 | 2 fr. pend. 8 h. 5 fr. pend. 12 h. | Injections 50° | » | Craniotomie Extraction | Mort | Vivante | I-pare, vingt et un ans, G. T. Rupture prématurée des membranes. Hydrocéphalie. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 1895 | 0,50 pend. 48 h.<br>2 fr. pend. 12 h. | » | Spont. | » | Mort | Vivante | III-pare, trente-cinq ans, siège.<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Contractions espacées. |
| 1902 | 449 | 5 fr. pend. 44 h. | Petites incisions sur le col<br>2 incisions latérales sur la vulve | » | Forceps | Mort | Vivante | II-pare, vingt-six ans, O. I. G. A.<br>Rupture précoce des membranes<br>Syphilis. Plaques muqueuses : col et vagin. Consistance lardacée.<br>Œdème du périnée et de la vulve. |
| — | 507 | 1 fr. pend. 40 h. | Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | III-pare, vingt ans.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème col avec bandes cicatricielles. Tête non engagée.<br>Bosse séro-sanguine. |
| — | 763 | 0,50 pend. 30 h.<br>2 fr. pend. 42 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-neuf ans, D. T.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème du col. Tête mal fléchie. Œdème diminue avec engagement. |
| — | 902 | 0,50 pend. 41 h. | » | » | Porro | Vivant | Vivante | III-pare, G. T.<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Amputation vaginale du col antérieure.<br>Contractions irrégulières. Tête mobile. |
| — | 935 | 2 fr. pend. 24 h. | Injections 50°<br>Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-sept ans, D. P.<br>Rupture prématurée des membranes. Contractions rares.<br>Bosse séro-sanguine. |

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1902 | 1443 | 0 fr. 50 pend. 44 h. | » | » | Porro | Vivant | Vivante | I-pare, trente-neuf ans, O.I.G.A<br>Rupture précoce des membranes<br>Diaphragme congénital du vagin. |
| — | 1848 | 5 fr. pend. 30 h | » | » | Extraction | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-deux ans. Siège (fesses).<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 1944 | 5 fr. pend. 10 h. | Injections 50°<br>Bains | Spont. | » | Mort | Vivante | II-pare, vingt-six ans, O.I.D.T.<br>Rupture prématurée des membranes. Contractions rares. Œdème orifice. |
| 1903 | 1427 | 0,50 pend. 8 h. | » | » | Porro | Vivant | Vivante | VI-pare, vingt-huit ans, O.I.D.T.<br>Rupture prématurée des membranes. Col cicatriciel indilatable. |
| — | 1832 | 0,50 pend. 58 h.<br>2 fr. pend. 19 h.<br>5 fr. pend. 8 h. | Injections<br>Bains. Quinine<br>Rétropulsion<br>Manuelle du bourrelet infiltré | » | Forceps | Mort | Vivante | I-pare, trente et un ans, O.I.G.A.<br>Rupture prématurée des membranes. Œdème considérable du col.<br>Tête engagée tardivement. Bosse séro-sanguine. |
| — | 2063 | 5 fr. pend. 29 h. | Bains | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | II-pare, vingt-sept ans, O.I.D.P.<br>Rupture précoce des membranes<br>Bride vaginale. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1904 | 332 | 2 fr. : 15 h.<br>5 fr. : 8 h. | » | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, trente-cinq ans. Siège (fesses).<br>Rupture précoce des membranes |
| — | 714 | 5 fr. : 30 h. | » | » | Extraction | Mort | Vivante | III-pare, vingt-six ans. Siège (fesses).<br>Rupture précoce des membranes<br>Contractions rares. Utérus incliné. |
| — | 1507 | 1 fr. : 48 h.<br>2 fr. : 15 h. | Dilatation artificielle jusqu'à grande paume | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, trente-six ans, O. I. G. A.<br>Rupture précoce des membranes<br>Contractions rares. |
| — | 821 | 5 fr. : 12 h. | Bain<br>Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, trente-cinq ans, G. T.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème col. Contractions rares. |
| — | 1332 | 5 fr. : 19 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, trente-six ans. G. T.<br>Rupture précoce des membranes<br>Œdème col. |
| 1905 | 263 | 2 fr. | Bains<br>Injections | » | » | Vivant | Vivante | I-pare, trente-deux ans, O. I. G. A.<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Contractions rares. Œdème col. |
| — | 1061 | 1 fr. : 10 h.<br>2 fr. : 30 h. | Injections<br>Bains | Spont. | Forceps | Mort | Vivante | I-pare, trente-six ans, D. T.<br>Rupture précoce des membranes<br>Tête mobile. Contractions rares. |
| | 1554 | 2 fr. : 25 h. | » | » | Extraction | Mort | Vivante | I-pare, vingt-sept ans. Siège (fesses).<br>Rupture précoce des membranes<br>Présentation reste élevée. |

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1905 | 1725 | 5 fr. | Injections | Spont. | » | Mort | Vivante | II-pare, vingt et un ans, épaule. Rupture précoce des membranes |
| 1906 | 792 | 2 fr. : 9 h. | » | » | Forceps | Vivant | Vivante | V-pare, trente-quatre ans, G. T. Rupture précoce des membranes Contractions rares. |
| — | 890 | 5 fr. : 11 h. Pet. paume : 8 h. | Injections Bain | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-quatre ans, O. I. D. P. Rupture prématurée des membranes. Contractions rares. Œdème col. |
| — | 1210 | 5 fr. : 23 h. Paume : 19 h. | Injections Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-quatre ans, O. I. D. P. Rupture précoce des membranes Contractions rares. |
| — | 1376 | 5 fr. : 19 h. | Injections Bains | Spont. | » | Vivant | Vivante | V-pare, trente-deux ans, D.T. Rupture précoce des membranes Contractions rares. |
| — | 1764 | 5 fr. : 14 h. Paume : 8 h. Gr. paume : 3 h. | Injections Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, dix-neuf ans, O. I. G. A. Rupture prématurée des membranes. Gémellaire. Contractions rares. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 1854 | 1 fr. : 26 h.<br>2 fr. : 6 h. | » | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-quatre ans. Siège (fesses).<br>Rupture prématurée des membranes.<br>Contractions rares. Pôle non engagé. |
| — | — | 5 fr. : 8 h.<br>Pet. paume : 16 h.<br>Gr. paume : 2 h. | Injections<br>Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-huit ans, D. T.<br>Rupture prématurée des membranes. Contractions rares. |
| — | 2078 | 1 fr. : 7 h. | Ballon à 5 fr. pour hémorragie | » | Version | Mort | Vivante | I-pare, vingt-deux ans. Épaule.<br>Rupture prématurée des membranes. Insertion vicieuse du placenta. |
| 1907 | 280 | 5 fr. : 5 h. | Bain | » | Extraction | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-sept ans. Siège (fesses).<br>Rupture précoce des membranes. |
| — | 345 | 5 fr. : 5 h. | Injections<br>Bain | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, trente-quatre ans, O. I. G. A.<br>Rupture précoce des membranes. Contractions rares. Œd. col. |
| — | 600 | 5 fr. : 27 h. | Bain | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, vingt-sept ans, O. I. G. A.<br>Rupture précoce des membranes. Contractions rares. Œd. col. |
| — | 924 | 2 fr. : 22 h.<br>5 fr. : 12 h. | Bains<br>Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans, O. I. G. T.<br>Rupture prématurée des membranes. Œdème col. Bosse séro-sanguine. |

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1907 | 1038 | 2 fr. : 24 h. | Bain Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans, O.I.G.A. Rupture précoce des membranes Contractions rares. Œdème orifice. |
| — | 1042 | 2 fr. : 24 h. 5 fr. : 22 h. | Injections Bain | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans, O.I.G.A. Rupture précoce des membranes Œdème orifice. |
| — | 1210 | 0,50 : 48 h. | Inject. Bains | » | Porro | Mort | Vivante | III-pare, vingt-sept ans, G. T. Rupture précoce des membranes. Orifice cicatriciel. |
| — | 1388 | 2 fr. : 36 h. | Injections | Spont. | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-six ans, O. I. G. A. Rupture précoce des membranes |
| — | 1836 | 1 fr. : 30 h. | » | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt et un ans, O.I.G.A. Rupture précoce des membranes. Contractions rares. |
| — | 1953 | 1 fr. : 19 h. | » | » | Craniotomie | Mort | Vivante | I-pare, vingt-huit ans, O.I.G.A. Rupture précoce des membranes. Contractions nulles. |
| 1908 | 22 | 5 fr. : 8 h. | Bain | » | Extraction | Vivant | Vivante | III-pare, quarante et un ans, siège. Rupture prématurée des membranes. Contractions rares. Œdème col. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 232 | 2 fr. : 5 h.<br>5 fr. : 7 h. | Injections | » | Version<br>Extraction | Mort | Vivante | V-pare, trente-cinq ans, épaule. Rupture prématurée des membranes. Rupture utérine. Hystérectomie. |
| — | 404 | 0,50 : 12 h. | Dilatation digitale jusqu'à 2 fr. | Spont. | » | Vivant | Vivante | III-pare, vingt-six ans, O. I. D. P. Rupture prématurée des membranes. Col cicatriciel. |
| — | 815 | 5 fr. : 10 h. | » | Spont. | » | Vivant | Vivante | I-pare, dix-neuf ans, siège complet. Rupture précoce des membranes. |
| — | 1165 | 5 fr. : 10 h.<br>p. p. : 4 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-six ans, O. I. G. A. Rupture prématurée des membranes. Gémellaire. |
| — | 1216 | 2 fr. : 13 h.<br>5 fr. : 44 h. | » | » | Porro | Mort | Vivante | I-pare, trente-sept ans, D. T. Rupture précoce des membranes. Utérus adhérent à la cicatrice d'une opér. antér. (Appendic.) Œdème considérable orifice. |
| — | 1433 | 1 fr. : 12 h.<br>5 fr. : 7 h.<br>p. p. : 20 h. | Ballon entre 5 fr. et p. p.<br>Inject. Bains | Spont. | » | Mort | Vivante | I-pare, trente-sept ans, siège (fesses). Rupture prématurée des membranes. Contractions rares. |
| — | 1475 | 5 fr. : 14 h.<br>gr. p. : 2 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans, O. I. G. A. Rupture précoce des membranes. |
| — | 1507 | 2 fr. : 13 h.<br>5 fr. : 5 h.<br>p. : 17 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans, O. I. D. T. Rupture prématurée des membranes. Œdème orifice. Bosse séro-sanguine. |

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1910 | 901 | 5 fr. : 27 h. | Injections Bains | Spontané | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-cinq ans, O.I.D.T. Rupture précoce des membranes. Œdème du col. Bosse séro-sanguine. |
| — | 1006 | 5 fr. : 24 h. | Quinine Inject. Bain | Spontané | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-deux ans, G.T. Rupture précoce des membranes. Œdème du col. Contractions nulles. |
| — | 1118 | 2 fr. : 24 h. | Quinine Injections | » | Extraction | Mort | Vivante | IX-pare, quarante et un ans. Siège (fesses). Rupture précoce des membranes. |
| — | 1132 | 1 fr. : 22 h. 5 fr : 9 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente et un ans. Rupture prématurée des membranes. Gémellaire. |
| — | 1298 | 2 fr. : 4 h. | Injections Bain | Spontané | » | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-trois ans. D.T. Rupture précoce des membranes. Œdème du col. |
| — | 1578 | 5 fr. : 11 h. Pet. paume : 3 h. | » | » | Hystérectomie abdominale. | Mort | Morte | X-pare, trente-huit ans. Rupture précoce des membranes. Rupture utérine. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 1966 | Lenticulaire | » | » | Porro | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-deux ans, G.T.<br>Rupture précoce des membranes.<br>Sténose cicatricielle. |
| 1911 | 432 | 2 fr. : 23 h. | Quinine<br>Inject. Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, vingt-cinq ans.<br>Rupture prématurée des membranes. |
| — | 497 | 5 fr. : 5 h. | Injections<br>Bains | Spontané | » | Vivant | Vivante | II-pare, vingt-deux ans.<br>Rupture précoce des membranes. |
| — | 848 | 5 fr. : 18 h. | Injections<br>Bains | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, dix-neuf ans.<br>Rupture précoce des membranes. Œdème du col. |

CHAPITRE II

## DILATATION STATIONNAIRE

### DU COL UTÉRIN AVEC BASSIN ANORMAL

### (*Bassins limites*)

Un fait domine la marche du travail dans les bassins étroits et explique l'absence de progression de la dilatation. C'est la disproportion entre la tête fœtale et les dimensions du bassin. La tête restant élevée, les membranes venant à se rompre accidentellement, la sphère céphalique n'appuie pas sur les bords de l'orifice. La dilatation ne progresse pas et a tendance à rester stationnaire.

Lorsque la dilatation est ainsi suspendue, que les contractions se sont plus ou moins espacées, l'œdème du col peut apparaître comme dans les cas précédents. On le trouvera signalé dans les observations que nous rapportons. Cet œdème en général disparaît avec la reprise des contractions et l'engagement du pôle fœtal.

Cette marche anormale du travail exerce sur le fœtus une influence défavorable.

Il court un premier et grave danger : la compression du cordon avec ou sans procidence facilitée

par le défaut d'accommodation et contre laquelle on a fréquemment à lutter.

S'il échappe à ce péril immédiat, le pronostic reste encore sérieux, malgré l'amélioration des procédés d'extraction et des opérations destinées à sauvegarder son existence, auxquels on est assez souvent obligé de recourir.

Nous avons relevé, au cours de dix années d'accouchements pratiqués à la clinique Baudelocque, 54 observations où le bassin étant anormal, les membranes s'étant rompues prématurément ou précocement, la dilatation est restée stationnaire.

Il s'agissait, dans la très grande majorité des cas, de femmes ayant un bassin étroit, *bassin limite*, au promontoire plus ou moins facilement accessible, mais suffisant pour permettre le passage d'une tête fœtale.

Dans 1 cas seulement, il s'agissait d'une luxation coxo-fémorale double.

Dans 3 cas, d'une luxation coxo-fémorale unilatérale.

Dans 1 cas, d'une fracture ancienne du bassin.

Dans 2 cas, de cyphose lombaire.

Dans 1 cas de scoliose.

A quel moment du travail, la dilatation est-elle devenue stationnaire ?

Sur 54 observations, on compte :

Quarante-trois cas de dilatation stationnaire précoce : 79 o/o.

11 cas de dilatation stationnaire tardive : 21 o/o.

I

## DILATATION DEVENUE TARDIVEMENT STATIONNAIRE

Sur 11 accouchements :

Trois se sont terminés spontanément : 27,2 o/o.

8 ont été terminés artificiellement : 72,8 o/o.

Quelles ont été les 8 interventions pratiquées ?

| | |
|---|---|
| Forceps | 3 |
| Basiotripsies | 2 |
| Symphyséotomies | 2 |
| Porro | 1 |

Quelle a été la mortalité totale ?

Maternelle : 2 sur 11 : 18 o/o.

Fœtale : 3 sur 11 : 27 o/o.

Quelle a été la mortalité dans les accouchements spontanés ?

Maternelle : nulle.

Fœtale : nulle.

Quelle a été la mortalité dans les diverses interventions pratiquées ?

Dans les applications de forceps :

La mortalité maternelle a été nulle.

On a extrait 2 enfants vivants sur 3.

*Basiotripsies.* — Mortalité maternelle : nulle.

*Symphyséotomies.* — On a extrait 2 enfants vivants. Une des deux femmes est morte, après l'intervention, d'hémorragie utérine.

*Porro.* — Dans 1 cas, on a recouru à la voie haute. Il s'agissait d'une primipare de trente-quatre ans, présentant une scoliose dorsale supérieure et une malformation utérine. La présentation transversale tout d'abord s'était transformée en présentation du siège, celui-ci ayant tendance à fuir vers une fosse iliaque. La dilatation restant stationnaire, l'expulsion spontanée du fœtus étant improbable, l'intervention par la voie haute est décidée. L'enfant est extrait vivant.

La mère meurt trois jours après de septicémie.

## II

## DILATATION DEVENUE PRÉCOCEMENT STATIONNAIRE

---

Sur 53 accouchements :

Quinze se sont terminés spontanément : 35 o/o.

Vingt-huit ont été terminés artificiellement : 65 o/o.

Quelles ont été les 28 interventions pratiquées ?

| | |
|---|---|
| Forceps | 10 |
| Basiotripsies | 8 |
| Versions | 2 |
| Symphyséotomies | 2 |
| Opérations de Porro | 6 |

Quelle a été la mortalité totale ?

Maternelle : 5 sur 43 : 11,6 o/o.

Fœtale : 14 sur 43 : 32,4 o/o.

Donc mortalité fœtale et mortalité maternelle, dépassant encore celles des cas précédents.

Quelle a été la mortalité dans les diverses interventions pratiquées ?

Dix applications de forceps :

On a extrait 9 enfants vivants.

La mortalité maternelle a été nulle.

Huit basiotripsies :

Deux femmes sont mortes, l'une d'infection, l'autre d'embolie.

Deux versions :

Des 2 enfants extraits, l'un est mort quarante-huit heures après l'extraction.

Des 2 mères, l'une sort de la clinique vivante, l'autre meurt le lendemain de l'intervention.

Trois symphyséotomies :

Les 2 enfants extraits sont vivants.

Des 2 mères :

L'une sort vivante.

Chez l'autre, il existait une rupture utérine qui fut traitée secondairement par la laparotomie. La femme mourut cinq jours après.

Six opérations de Porro :

On extrait 3 enfants vivants.

La mortalité maternelle est nulle.

I. — Lorsque la dilatation se complète, après un arrrêt plus ou moins prolongé, le plus souvent une simple application de forceps suffira, si la tête ne progresse pas.

On ne prolongera pas l'expectation, l'enfant venant à mourir et l'accouchement devant être terminé par une basiotripsie.

Sur ces 8 enfants extraits par basiotripsie, 2 étaient morts à la suite de procidence du cordon.

II. — Lorsque la dilatation ne se complète pas, c'est à la voie haute qu'on devra recourir.

Les membranes étant rompues depuis plus ou moins longtemps, c'est ordinairement l'opération de Porro qui sera décidée.

Elle apparaît dans notre statistique comme une intervention pleinement rassurante pour la mère. Mais la mortalité fœtale y reste élevée : 3 sur 6. L'expectation a-t-elle été trop prolongée ?

## DILATATION STATIONNAIRE AVEC BASSIN ANORMAL

### APRÈS RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE DES MEMBRANES

*Dilatation stationnaire précoce*

| Année | Observation N° | État de la dilatation stationnaire | TRAITEMENT | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1901 | 269 | 5 fr. Pendant 14 h. | Injections 50° | | Forceps | Vivant | Vivante | G. T. Œdème orifice. Bosse séro-sanguine. Promontoire accessible facilement. |
| — | 377 | 5 fr. Pendant 21 h. | | | Basiotripsie | Mort | Morte Embolie | Tête non engagée. Œdème orifice. Contractions faibles. Bosse séro-sanguine. Bassin généralement rétréci. D. T. |
| — | 513 | Lenticulaire depuis 14 h. | Injections | | Porro | Mort-né | Vivante | Promontoire accessible. Col cicatriciel. |
| — | 1270 | 5 fr. : 35 h. | Bains Injections | | Porro | Mort | Vivante | Bassin rétréci. |
| — | 1482 | 5 fr. : 20 h. | Bain | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin rétréci. |
| — | 1682 | 2 fr. : 5 h. | | | Symphyséotomie | Vivant | Vivante | Bassin canaliculé. |
| — | 1939 | 0 fr. 50 : 48 h. 5 fr. : 12 h. | Bain | | Forceps | Vivant | Vivante | Cyphose lombaire. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1901 | 1995 | 5 fr. : 48 h. p. : 16 h. | | | Symphyséot. Forceps | Vivant | Morte | Bassin rétréci. Œdème col et segment inférieur. |
| — | 2099 | 0 fr. 50 : 82 h. | Quinine | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin annelé. |
| 1902 | 210 | 2 fr. : 25 h. | Bain. Injections | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1119 | 2 fr. : 24 h. | Injections. Bain | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin limite. Gémellaire. |
| — | 1715 | 1 fr. : 30 h. | Injections | Spont. | | Vivant | Vivante | Luxation hanche droite. |
| — | 2012 | 2 fr. : 22 h. | Bain | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. Œdème orifice. |
| 1903 | 521 | 5 fr. : 9 h. gr. p. : 14 h. | | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 562 | 5 fr. : 21 h | | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. Œdème orifice. |
| — | 1099 | 5 fr. : 15 h. | | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1904 | 743 | 1 fr. | Bain | Spont. | | Vivant | Morte | Bassin rétréci |
| — | 998 | 5 fr. : 59 h. | | | Forc. Vers. | Vivant | Vivante | Bassin rétréci. |
| 1905 | 567 | 1 fr. : 52 h. | Injections. Bains | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Fracture ancienne du bassin. |
| — | 1038 | 5 fr. | Bain | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1844 | 5 fr. | Injections. Bain | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1445 | 2 fr. : 55 h. | Injection. Bains | | Porro | Vivant | Vivante | Cyphose lombaire. |
| 1906 | 876 | 5 fr. : 10 h. | Bain | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 916 | 2 fr. : 52 h. | Quinine. Bain | | Basiotripsie | Mort | Morte | Luxation congénitale hanche. |
| — | 1848 | 5 fr. : 6 h. ; p. : 6h. | | | Forceps | Morts | Vivante | Bassin étroit. Gémellaire. |

| Année | Observation N° | État de la dilatation stationnaire | TRAITEMENT | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1906 | 1936 | 5 fr. : 8 h. | Injections | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 2005 | 5 fr. : 11 h.<br>p. : 22 h. | Injections. Bain Quinine | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 2149 | 5 fr. : 14 h.<br>gr. p. : 6 h. | Bain<br>Injections | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. Œdème col. |
| 1907 | 277 | 5 fr. : 4 h. | | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 614 | 5 fr. : 4 h. | Bain | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1184 | 5 fr. : 23 h. | Injections. Bains | | Porro | Mort | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1336 | 1 fr. : 24 h.<br>p. : 25 h. | Injections | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. Œdème orifice. |
| — | 1592 | 5 fr. : 14 h. | Injections. Bains | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1716 | 1 fr. : 23 h. | Injections | | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 1986 | 2 fr. : 15 h. | Injections. Bains | | Porro | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1908 | 144 | 5 fr. : 46 h. | Injections. Bains | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| — | 2148 | 1 fr. ; 5 fr. ; p. | Injections | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1910 | 1 | 2 fr. : 4 h. | | | Basiotripsie | Vivant | Vivante | Luxation fémorale congénitale double. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1910 | 27 | 5 fr.: 5 h. | Injections | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. Front. |
| — | 1058 | 1 fr.: 15 h. | Injections | | Porro | Vivant | Vivante | Bassin annelé. |
| — | 1457 | 5 fr.: 20 h. | Quinine. Inject. | | Version Extraction | Mort | Vivante | Luxation coxo-fémorale gauche. |
| — | 1482 | 5 fr. | | Spont. | | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1911 | 203 | 2 fr.: 15 h.<br>5 fr.: 25 h. | Injections. Bains | | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. Face. |

## DILATATION STATIONNAIRE AVEC BASSIN ANORMAL

### APRÈS RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE DES MEMBRANES

*Dilatation stationnaire tardive*

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | TRAITEMENT | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1902 | 739 | Paume : 20 h. | Bain. Injections | Spontané | » | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1904 | 459 | Gr. paume : 12 h. | Bains | » | Forceps | Mort | Vivante | Bassin canaliculé. |
| | 1372 | Gr. paume : 15 h. | Injections | » | Forceps | Vivant | Vivante | Coxalgie droite. |
| | 1386 | Pet. paume : 17 h. | Bain | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. |
| 1905 | 768 | Grande paume | » | » | Symphyséot. | Vivant | Morte | Bassin annelé. |
| | 1375 | Pet. paume : 58 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | Bassin étroit. |
| 1906 | 1528 | Pet. paume : 9 h. | » | » | Symphyséot. | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1907 | 1668 | Paume : 8 h. | » | Spontané | » | Vivant | Vivante | Bassin canaliculé. |
| 1908 | 599 | 5 fr. 19 h.<br>Gr. paume : 13 h. | Injections<br>Bain | » | Forceps | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| | 1025 | Pet. paume : 4 h. | Injections | Spontané | » | Vivant | Vivante | Bassin étroit. |
| 1910 | 1963 | Pet. paume : 3 h. | Quinine<br>Injections | | Porro | Vivant | Morte | I-Pare. 34 ans. G. T. Scoliose. Malform. utérine. |

CHAPITRE III

## DILATATION STATIONNAIRE

### AVEC UTÉRUS FIBROMATEUX, LE COL UTÉRIN ET LE SEGMENT INFÉRIEUR NE PRÉSENTANT PAS DE FIBROMES

Au cours de ces dix années d'accouchements pratiqués à la clinique Baudelocque, nous n'avons rencontré que 12 observations de dilatation stationnaire, après rupture prématurée ou précoce des membranes, chez des femmes présentant un utérus fibromateux.

Ces cas sont donc exceptionnels et leur petit nombre ne nous permet pas de donner aux résultats rapportés ici une réelle valeur statistique.

Dans tous ces cas, il s'agit de primipares âgées, presque toutes ayant dépassé trente-cinq ans, quelques-unes ayant atteint quarante ans au moment de leur première grossesse.

Il s'agit le plus souvent de tumeurs siégeant sur le corps de l'utérus, dont le volume permet le passage de la tête, mais gênant celle-ci dans son engagement ; petites tumeurs, le plus souvent multiples, de la grosseur d'un pois, d'une amande, siégeant sur le fond de l'utérus ou sur les parois du

corps. La tête fœtale reste élevée. Secondairement apparaît un œdème plus ou moins marqué du col, entraînant sa rigidité.

Sur les 12 observations que nous rapportons : dans 11 des cas il s'est agi de dilatation stationnaire précoce ; dans 1 cas seulement, la dilatation a été stationnaire tardivement.

## I

## DILATATION DEVENUE PRÉCOCEMENT STATIONNAIRE

---

Dix accouchements sur 11 ont été terminés artificiellement.

Quelle a été la mortalité totale ?

Mortalité fœtale 10 sur 11.

Mortalité maternelle 1 sur 11.

Comme on le voit, la mortalité fœtale a été considérable (Pas de procidence du cordon).

Quelles ont été les interventions pratiquées :

| | |
|---|---|
| Forceps | 1 |
| Basiotripsies | 8 |
| Porro | 1 |

*Forceps.* — On a extrait par cette application de forceps 1 enfant vivant.

La mère est sortie vivante de la clinique.

*Basiotripsies.* — La mortalité maternelle a été nulle.

*Porro.* — Cette opération a été pratiquée dans

un cas où, au cours du travail, était apparu de l'œdème du col, remontant jusqu'au segmeut inférieur.

La mère est morte trois jours après l'intervention.

L'enfant est mort trois heures et demie après l'extraction.

Il n'est guère possible de tirer conclusion d'un seul fait.

## II

## DILATATION STATIONNAIRE TARDIVE

Nous avons trouvé une seule observation.

L'enfant a été extrait vivant par une application de forceps.

La mère est sortie vivante de la clinique.

# DILATATION STATIONNAIRE AVEC UTÉRUS FIBROMATEUX

## APRÈS RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE DES MEMBRANES

### *Dilatation stationnaire précoce*

| Années | N° de l'observation | État de la dilatation stationnaire | Traitement | ACCOUCHEMENT | | RÉSULTATS | | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Spontané | Artificiel | Enfant | Mère | |
| 1902 | 1111 | 5 fr. : 24 h. | Bain | » | Forceps | Vivant | Vivante | VIII-pare, 39 ans. Œdème, lèvre ant. du col, fibrome utérin. |
| 1904 | 1413 | 1 fr. : 14 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 42 ans. Utérus fib. Face. |
| 1905 | 14 | lentic. : 33 h. | Injections. Bains | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 36 ans. 4 pet. fib. (noisette) sur fond utérus. |
| — | 917 | 1 fr. : 10 h. | » | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 35 ans. Utérus fib. |
| — | 1648 | 5 fr. : 22 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 49 ans. Petits fib. mult. fond utérus. Œdème orifice. |
| — | 967 | 1 fr. : 24 h. | Injections. Bains | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 35 ans. Fib. (cerise) fond utérus. |
| — | 1644 | 5 fr. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 40 ans. Fib. (noix) paroi lat. utérus. |
| 1906 | 275 | 5 fr. : 17 h.<br>Pet. paume : 3 h. | Quinine<br>Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 29 ans. Fib. (pois) disséminées sur paroi ant. de l'ut. |
| — | 374 | 2 fr. : 13 h. | Injections | Spont. | » | Mort | Vivante | I-pare, 35 ans. Fib. (amande) face latér. utér. |
| 1907 | 648 | 5 fr. : 6 h. | Injections | » | Basiotripsie | Mort | Vivante | I-pare, 31 ans. Fib. (noisette) face antér. utér. |
| 1909 | 675 | 1 fr. : 20 h. | Injections | » | Porro | Mort | Morte | IV-pare, 38 ans. Œdème, col et seg. inf. Fib. (noix) paroi ant. utér. |

### *Dilatation stationnaire tardive*

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1902 | 132 | Paume : 21 h. | Bain | » | Forceps | Vivant | Vivante | I-pare, trente-trois ans. |

## RÉSUMÉ

I. — L'arrêt de la dilatation, après rupture prématurée ou précoce des membranes, est dû, dans la presque totalité des cas, à une anomalie dans l'engagement du pôle fœtal. Nous avons noté ce défaut d'engagement dans la très grande majorité des observations que nous avons rapportées.

II. — Les dilatations stationnaires, survenant à une période avancée du travail, sont les plus rares. Le plus souvent, après rupture prématurée ou précoce des membranes, l'arrêt de la dilatation est survenu dès les premiers stades de cette dilatation.

III. — Dans les cas de dilatation stationnaire, après rupture des membranes, par « dystocie du travail », l'évolution de l'accouchement et la conduite à tenir diffèrent, selon qu'il s'agit de primipares ou multipares à col intact, ou bien de multipares avec col cicatriciel :

1° Primipares ou multipares à col intact : il faut

savoir attendre en surveillant l'état du fœtus et celui de la mère, car il y a gros intérêt à ne pas intervenir systématiquement et à escompter la terminaison par les voies naturelles.

La mortalité fœtale, dans les observations que nous rapportons, a été élevée ; mais la mortalité maternelle reste faible ;

2° Multipares avec col cicatriciel : il faut savoir se défier d'une abstention trop prolongée, et des risques de rupture utérine.

Dans les observations que nous rapportons, c'est toujours à la voie haute qu'il a paru rationnel de recourir, sous forme d'opération de Porro.

IV. — Dans les cas de bassins anormaux (bassins limites), lorsque la dilatation a été tardivement stationnaire, l'accouchement, spontané ou artificiel, s'est toujours terminé par les voies naturelles.

Lorsque la dilatation a été précocement stationnaire, on a dû, dans quelques cas, recourir à l'accouchement chirurgical.

La dilatation stationnaire se prolongeant, avec un bassin rétréci, doit, dans une plus large mesure qu'autrefois, devenir justiciable de l'accouchement chirurgical par la voie haute.

V. — Dans les cas d'utérus fibromateux, notre statistique porte sur un trop petit nombre d'observations pour nous permettre de conclure.

La mortalité fœtale a été considérable et il semble qu'une part plus large doit être faite dans ces cas à l'intervention chirurgicale.

---

Vu : le Président de thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| Introduction | 9 |
| Chapitre premier. — Dilatation stationnaire du col utérin par dystocie du travail | 11 |
| 1. Dilatation stationnaire tardive | 21 |
| 2. Dilatation stationnaire précoce | 31 |
| Chapitre II. — Dilatation stationnaire du col utérin avec bassin anormal | 53 |
| 1. Dilatation stationnaire tardive | 55 |
| 2. Dilatation stationnaire précoce | 67 |
| Chapitre III. — Dilatation stationnaire du col utérin avec utérus fibromateux | 65 |
| 1. Précoce | 67 |
| 2. Tardive | 69 |
| Résumé | 71 |


Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1368-12

# ÉTUDE DES FORMES
DU
# SPOROTRICHUM BEURMANNI
## DANS LE SANG ET LES SÉREUSES